

## ĐƠN XIN HƯỞNG TRỢ CẤP Y TẾ CHO TRẺ EM APPLICATION FOR CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS

Đơn này chỉ dùng để xin hưởng bảo hiểm y tế dành cho trẻ em và thanh thiếu niên dưới 19 tuổi. Bất cứ ai đều có thể gửi đơn xin này trong vai trò người đại diện cho trẻ. Các trẻ cũng có thể tự mình đăng ký cho chúng. **Chúng tôi sẽ gửi cho người được nêu tên trong ô số 1 tất cả những thông tin theo dõi.** Nếu bạn có thắc mắc hoặc muốn điền giúp biểu mẫu này, chỉ cần gọi số 1-877-543-7669. Chúng tôi rất vui mừng được giúp đỡ bạn!

Vui lòng ghi chữ hoa bằng mực đen hoặc xanh. Không được dùng bút chì. **(Liệt kê tên phụ huynh, người giám hộ hoặc người liên hệ sẽ nhận được các thông tin theo dõi đó)**

1. TÊN	TÊN LỚT	HỌ
2. ĐỊA CHỈ NƠI BẠN ĐANG SỐNG	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ
		TIỂU BANG
		MÃ BƯU ĐIỆN (ZIP CODE)
3. ĐỊA CHỈ THƯ TÍN (NẾU KHÁC)	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG
		MÃ BƯU ĐIỆN (ZIP CODE)
4. CÁC SỐ ĐIỆN THOẠI	5. Bạn có gặp khó khăn khi nói, đọc hoặc viết bằng tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ở NHÀ ( )	Bạn có cần ngôn ngữ hoặc hình thức trao đổi thay thế nào khác? _____	
Ở NƠI LÀM VIỆC ( )	Bạn có cần một người phiên dịch không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
	(Nếu có, chúng tôi sẽ giúp bạn bố trí một người phiên dịch).	
	Bạn sử dụng ngôn ngữ gì? _____	
TIN NHÂN ( )	6. Trẻ dưới 19 tuổi đang ở trong tình trạng y tế cần phải được quan tâm ngay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
	Có ai trong gia đình của bạn đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
	Nếu "có", người đó là ai? _____	

### Thông tin Tổng quát

7. Liệt kê các thành viên gia đình hiện đang **sống cùng nhau**. (Nếu cần thiết, hãy đính kèm một tờ riêng để liệt kê thêm các thành viên trong gia đình).

TÊN (TÊN, TÊN LỚT, HỌ)	GIỚI TÍNH Nam hoặc Nữ	QUAN HỆ VỚI BẠN	NGÀY SINH (Tháng/Ngày/Năm)	SỐ PHÚC LỢI XÃ HỘI*=TÚY CHỌN	CÔNG DÂN HOA KỲ CÓ KHÔNG	NƠI SINH (THÀNH PHỐ/TIỂU BANG)	ĐIỀN VÀO NẾU TRẺ <b>KHÔNG</b> PHẢI LÀ CÔNG DÂN HOA KỲ	
A. Phụ huynh, Người Giám hộ, hoặc Bản thân				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		GHI NGÀY TRẺ ĐẾN HOA KỲ.	TRẺ CÓ NGƯỜI TÀI TRỢ KHÔNG? CÓ KHÔNG
B. Vợ/chồng hoặc Cha mẹ Khác (Nếu đang sống trong một nhà)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
C. Liệt kê các Trẻ và Thanh thiếu niên dưới 19 tuổi <b>(những người cần trợ cấp y tế)</b>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. Liệt kê những Người lớn Khác/Trẻ em đang sống trong một Nhà <b>(những người không muốn nhận trợ cấp y tế)</b>				*		Ghi chú: Vui lòng đính kèm bất cứ các tài liệu nào thể hiện tình trạng của trẻ.		
				*				

8. Có một trẻ dưới 19 tuổi trong nhà bạn bị khuyết tật không?  Có  Không Nếu "Có", người đó là ai?

**Các khoản Chi tiêu** Thông tin này có thể giúp cho các trẻ của bạn đủ điều kiện được hưởng trợ cấp.

9. Bạn có trả tiền cho việc chăm sóc trẻ khi bạn đi làm không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu "Có", mỗi tháng bạn trả bao nhiêu? \$
Bạn có trả tiền cho ai đó để chăm sóc cho người lớn bị khuyết tật khi bạn đi làm không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu "Có", mỗi tháng bạn trả bao nhiêu? \$
10. Bạn có trả tiền cấp dưỡng con theo lệnh tòa án cho đứa trẻ không sống trong nhà bạn không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu "Có", mỗi tháng bạn trả bao nhiêu? \$

**Thu nhập** Điền vào số tiền TỔNG CỘNG (trước khi đóng thuế hoặc chi tiêu). (Vui lòng đính kèm bằng chứng về thu nhập)

11. TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI NGƯỜI CHỦ HẰNG CỦA PHỤ HUYNH  NGÀY BẮT ĐẦU: ( )	THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH KHÁC	SỐ TIỀN ĐÃ NHẬN TRONG VÒNG 30 NGÀY GẦN NHẤT	THÀNH VIÊN NÀO TRONG GIA ĐÌNH KIỂM ĐƯỢC KHOẢN THU NHẬP NÀY?
	15. CẤP DƯỠNG CON	\$	
12. Số tiền bạn nhận được trong vòng 30 ngày gần đây nhất trước khi đóng thuế và chi tiêu đã được lấy ra là: \$ Có bao nhiêu tiền trong khoản thu nhập này là do bạn tự kiếm được?* \$	16. TIỀN CẤP DƯỠNG	\$	
	17. TRẢ PHÍ PHÚC LỢI XÃ HỘI	\$	
	18. TRỢ CẤP THẤT NGHIỆP	\$	
13. TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI NGƯỜI CHỦ HẰNG CỦA VỢ/CHỒNG (HOẶC PHỤ HUYNH KHÁC SỐNG TRONG NHÀ)  NGÀY BẮT ĐẦU: ( )	19. THU NHẬP ĐẦU TƯ/ LỢI TỨC/CỔ TỨC	\$	
	20. TRỢ CẤP CỰU CHIẾN BINH	\$	
14. Số tiền mà vợ/chồng (hoặc cha mẹ sống trong nhà) của bạn nhận được trong vòng 30 ngày gần đây nhất trước khi đóng thuế và chi tiêu đã được lấy ra là: \$ Có bao nhiêu tiền trong khoản thu nhập này là do bạn tự kiếm được?* \$	21. LAO ĐỘNG & NGÀNH NGHỀ	\$	
	22. TRỢ CẤP QUÂN NGŨ	\$	
	23. KHÁC (Vui lòng Giải thích):	\$	
*Nếu bạn hoặc vợ/chồng của bạn (hoặc cha mẹ đang sống trong nhà) đều tự mình kiếm tiền, bạn có thể được hưởng các khoản khấu trừ khác. Vui lòng gọi số 1-877-KIDS-NOW để biết thêm thông tin hoặc được giúp đỡ nộp đơn xin.		24. Bạn có cần trợ giúp thanh toán cho các hóa đơn thuốc men chưa được trả – trong vòng 3 tháng gần đây nhất – cho bất cứ trẻ nào bạn đang xin trợ cấp không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không  Nếu “Có”,* vui lòng gửi các bản sao tất cả các khoản thu nhập của hộ gia đình đối với các tháng mà bạn muốn chúng tôi xem xét.	

**Thông tin Bảo hiểm Y tế** Hãy thông báo cho chúng tôi biết về bảo hiểm y tế mà các trẻ của bạn đã có.

25A. Có bất cứ trẻ nào của bạn đang xin trợ cấp đã có bảo hiểm y tế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	25B. Nếu “Có”, bảo hiểm y tế đó có bao gồm chi phí cho bác sĩ, bệnh viện, chụp x-quang (phóng xạ) và các dịch vụ xét nghiệm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	26A. Các trẻ của bạn có được bảo hiểm y tế trong vòng 4 tháng gần đây nhất không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	26B. Nếu “Có”, chi phí bảo hiểm đó có ít hơn \$50 mỗi tháng đối với trường hợp sống phụ thuộc cha mẹ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
27. Nếu bạn đánh dấu vào ô “Có” đối với bất cứ câu hỏi nào ở trên (câu 25 A hoặc B hoặc 26 A hoặc B), vui lòng liệt kê tên của công ty bảo hiểm hoặc tên người chủ cung cấp bảo hiểm y tế cho các trẻ của bạn.			
CÔNG TY BẢO HIỂM HOẶC NGƯỜI CHỦ	SỐ HỢP ĐỒNG	TÊN NGƯỜI ĐỨNG TÊN HỢP ĐỒNG	SỐ PHÚC LỢI XÃ HỘI CỦA NGƯỜI ĐỨNG TÊN HỢP ĐỒNG (TÙY CHỌN)

**Tiểu sử về chủng tộc/Nguồn gốc của các Trẻ (Thông tin không bắt buộc)**

Chúng tôi đề nghị bạn tự nguyện thông báo cho chúng tôi về tiểu sử chủng tộc hoặc nguồn gốc của các trẻ. Các thông tin này sẽ không được dùng để xem xét việc đủ điều kiện nhận các khoản trợ cấp.	<input type="checkbox"/> Người Bản xứ Mỹ Da đỏ hoặc Người Alaska <input type="checkbox"/> Người da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Bản xứ Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương Khác	<input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Khác:
	Nghiêm cấm việc phân biệt đối xử trong tất cả các chương trình cũng như hoạt động do Bộ Dịch vụ Xã hội và Y tế quản lý. Không được phép loại bất kỳ ai ra khỏi các chương trình và hoạt động này do phân biệt đối xử về chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, ý thức hệ chính trị, nguồn gốc, tôn giáo, tuổi tác, giới tính hoặc khuyết tật.	

**Đọc kỹ Trước khi Ký tên**

Đơn này chỉ dùng để xin hưởng các khoản trợ cấp y tế cho các trẻ. Nếu có bất cứ người nào trong gia đình bạn đã nhận hoặc sẽ xin được hưởng trợ cấp bằng tiền mặt, thực phẩm cơ bản hoặc các khoản trợ cấp khác, vui lòng liên hệ với Văn phòng Dịch vụ Cộng đồng DSHS (Community Services Office, CSO) tại địa phương của bạn.

- DSHS có thể yêu cầu bạn chứng minh các thông tin bạn cung cấp để thông báo nếu như bạn đủ điều kiện. Bạn có thể đề nghị DSHS giúp đỡ về việc có được sự chứng nhận này.
- Các thông tin của bạn có thể sẽ được các cơ quan khác của bang hoặc liên bang xem xét. Các thông tin này sẽ KHÔNG được chia sẻ với Cơ quan Dịch vụ Nhập cư và Nhập tịch (Immigration and Naturalization Services, INS).
- Bằng cách yêu cầu và hưởng các khoản trợ cấp chăm sóc sức khỏe, bạn đã cho phép tiểu bang Washington tất cả các quyền đối với bất cứ khoản cấp dưỡng y tế nào và cho bất cứ bên thứ ba nào khác các khoản thanh toán cho việc chăm sóc sức khỏe.
- DSHS có thể chia sẻ tiểu sử chủng ngừa của con bạn với Hệ thống Theo dõi Danh sách Chủng ngừa Trẻ em (Child Profile Immunization Tracking System).

<b>XÁC NHẬN VÀ CHỮ KÝ:</b> Tôi đã đọc và hiểu rõ các thông tin trong đơn xin đăng ký này. Tôi xin xác nhận, theo hình phạt về tội khai man, rằng các thông tin tôi cung cấp trong đơn xin này là sự thật, chính xác và đầy đủ trong phạm vi hiểu biết của tôi.	
CHỮ KÝ NGƯỜI LÀM ĐƠN	NGÀY

**Cách gửi Đơn**

GỬI THƯ VỀ: **Department of Social and Health Services**  
**PO Box 45449**  
**Olympia, WA 98504-5449**

ĐỂ ĐƯỢC TRỢ GIÚP: Nếu bạn cần trợ giúp hoặc có thắc mắc, vui lòng gọi số **1-877-KIDS-NOW.**  
 (1-877-543-7669)

